

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :

Paris et Départements. 7 fr.
Etranger. 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Médecin des hôpitaux.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L. OLIVIER
Docteur ès sciences.

E. BONNAIRE
Accoucheur des hôpitaux.

DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYEZ
Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à

M. LE D^r DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi

De 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS BRACHIAL, par M. le professeur Raymond. 105

TRAITEMENT DES ABCÈS DE L'ANUS, par le Dr Henri Hartmann. 109

ANALYSES DES TRAVAUX français et étrangers. 110

VALEUR COMPARATIVE DU TRIONAL, DU CHLORALOSE ET DU SOMNAL. 112

SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères. XLIII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 mars 1895, à 1 heure. — M. LORENZI : Des difficultés du diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac ; MM. Straus, Tillaux, Jalaguier, Netter. — M. BLACQUE : Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites ; MM. Tillaux, Straus, Jalaguier, Netter. — M. FLANDRIN : De la perforation de l'utérus au cours de l'irrigation continue ; MM. Pinard, Joffroy, Chauffard, Delbet. — M. CANOVA : Recherches sur l'ichthyol dans le traitement de la blennorrhagie ; MM. Joffroy, Pinard, Chauffard, Delbet. — M^{me} RECHTSAMER : Contribution à l'étude de la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance ; MM. Joffroy, Pinard, Chauffard, Delbet.

Jeu di 28 mars 1895, à 1 heure. — M. PAUCHET : Du traitement des furoncles du conduit auditif ; MM. Cornil, Guyon, Nélaton, Charrin. — M. COSTES : Recherches anatomopathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et de ses annexes ; MM. Cornil, Guyon, Nélaton, Charrin. — M. TEXIER : Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en rhino-laryngologie. — Contribution à l'étude physiologique de cet anesthésique ; MM. Guyon, Cornil, Nélaton, Charrin. — M. PAILLARD : Etude sur la forme ganglionnaire et l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage ; MM. Laboulbène, Hanot, Ballet, Roger. — M. HUSSON : De l'anémie grave dans la grossesse ; MM. Laboulbène, Hanot, Ballet, Roger. — M. LEVILLAIN : Contribution à l'étude de la méningite par le bacille d'Eberth ; MM. Laboulbène, Hanot, Ballet, Roger. — M. SOUZA LEITE : Des polypes de l'oreille et de leur traitement ; M. Le Dentu, Polaillon, Quénu, Marfan. — M. LEFÈVRE (Victor) : Traitement chirurgical et emploi du sublimé dans la dacryosistite ; MM. Le Dentu, Polaillon, Quénu, Marfan. — M. BEAUMONT : Des polypes muqueux des fosses nasales. Etiologie. Traitement ; M. Le Dentu, Polaillon, Quénu, Marfan. — M. BERNARD : Epithélioma primitif du vagin ; M. Le Dentu, Polaillon, Quénu, Marfan.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Marchand, Poirier. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Kirmisson, Ricard, Varnier.

Mardi 26 mars 1895. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Le Dentu, Budin, Schwartz. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Hallopeau, Chantemesse, Marie. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Campenon, Brun. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Roger, Menetrier.

Mercredi 27 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Segond, Tuffier, Lejars. — 3^e (Officiat), Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Brissaud, Varnier.

Jeu di 28 mars 1895. — Médecine opératoire : MM. Pozzi, Poirier, Albarran. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot, Remy. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Panas, Bar, Lejars. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Troisième, Letulle.

Vendredi 29 mars 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — 4^e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Segond, Jalaguier, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Straus, Dejerine, Gaucher. — 5^e (Première partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 30 mars 1895. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Schwartz, Brun. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Marie. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Raymond, Ballet, Marfan. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement rue d'Assas : MM. Le Dentu, Budin, Bar.

Inscriptions du troisième trimestre. — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 27 mars. Il sera clos le samedi 4 mai, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures :

1^o Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de deuxième année d'officiat, les 27, 28, 29, 30 mars, 3, 4, 5 et 6 avril.

2^o Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, de troisième et de quatrième années d'officiat, les 24, 25, 26, 27 avril, 1, 2, 3 et 4 mai.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchement). Ont traité les questions suivantes :

18 mars : MM. Lassalle (de Montpellier), Maclaure. — Question : *Corps étrangers de l'oreille.*

19 mars : MM. Froelich (de Nancy), Aldibert (de Toulouse). — Question : *Arthrite blennorrhagique.*

21 mars : MM. Dor (de Lyon), Thiéry. — Question : *Exostose de croissance.*

22 mars : MM. Curtillet (de Lyon), Clado. — Question : *Spina bifida.*

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

Séance du 18 mars 1895

VEINE CAVE INFÉRIEURE ; SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE

	Oral	Tot.		Oral	Tot.
Deguy.	16	41	Estrabaut (I. P.). . .	16	44
Oligati.	15	39	Bize (I. P.).	18	42
Bourguignon. . .	14	38	Laugier.	13	36
Hérard (I. P.). . .	16	40	Fontoyont.	13	37
Terrien (I. P.). . .	18	46	Pascal.	14	42

Séance du 20 mars 1895

APPAREIL LACRYMAL ; OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAUX-NÉS

MM.							
Legay.	13	—	37	Mauger.	12	—	36
Coville.	16	—	42	Delmond-Bebet (I. P.). . .	15	—	41
Termet.	14	—	42	Martin (I. P.). . .	18	—	43
Maréchal.	13	—	37	Bigeard (I. P.). . .	15	—	41
Desvans (I. P.). . .	14	—	41	Menier.	14	—	41

Séance du 22 mars 1895

MUQUEUSE LINGUALE ; ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

MM.		Brin (I. P.).	18 — 44
Cunéo.	18 — 47	Tissot.	13 — 40
Bonamy.	15 — 41	Durrieux (I. P.). . .	14 — 39
Gaudelroy.	14 — 38	Héresco (I. P.). . .	16 — 41
Sainton (I. P.). . .	14 — 41	Crochet.	13 — 37

Erratum. — Dans le dernier numéro, au lieu de Mercier (Raoul) — 14 — 38, lire : Mercier (Raoul) — 14 — 42.

Concours de l'Externat.

Séance du 17 mars 1895

INSUFFISANCE AORTIQUE

Ghika	13	— 28	Rémond	5	— 18
Zadoc	12	— 25	Bonnet	16	— 32
Gibert	13	— 28	Gourichon	15	— 29
Lustgarten	15	— 30	Costinesco	14	— 28
Pelisse	14	— 30	Rudeaux	16	— 33
Athanassiu	11	— »	Bernard (J.)	14	— 29
Laroche	15	— 32	Anselin	12	— 27
Lachouille	10	— 25	Véron	17	— 34
Debains	8	— 21	Druault	14	— 29
Delthil	14	— 24	Dartigues	14	— 30

Séance du 19 mars 1895

ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES

Jeanne.	14	—	30	Durrieux.	17	—	32
Martin (A.).	15	—	32	Griffon.	16	—	33
D ^{ne} Schlutz.	6	—	19	Martirené.	15	—	30
Devillas.	10	—	23	Turner.	14	—	30
Plancke.	14	—	28	Deroyer.	13	—	28
Termet.	15	—	31	Mauger.	14	—	28
Costin.	10	—	25	Pascal.	16	—	31
Vast.	10	—	24	Piatot.	15	—	28
Argeliès.	10	—	23	Gauttier l'Hardy.	15	—	29
Fontoyont.	9	—	23	Rastouil.	14	—	29

Séance du 20 mars 1895

MM.			Poirson	13	— 2
Latruffe	16	— 31	Lévis	11	— 2
Pierreson	14	— 30	Bourguignon	17	— 3
Gheorgiu	15	— 32	Levrey	17	— 3
Boulay	11	— 25	Le Fournier	16	— 3
Hérard	17	— 32	Khossarandji	14	— 2
Luys	16	— 33	Leroy (E.)	12	— 2

Séance du 22 mars (dernière)

DÉLIVRANCE

MM			Vaslet de Fontau-		
Marchais.	17	31	bert.	14	30
Fays.	13	28	Bruyère.	14	30
Dolbeau.	10	26	Dardel.	14	30
Lourdun.	12	26	Chastanet.	15	28
Touillon.	17	31	Ferron.	15	31
			Héresco.	13	30

Le concours de l'Externat est terminé. La séance complémentaire pour les candidats ayant 37 comme total aura lieu la semaine prochaine.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES

23, rue du Quatre-Septembre, Paris.

Installations Téléphoniques
Câbles et fils isolés
Pneumatiques de Vélocipèdes

Caoutchouc et Gutta-percha
pour usages médicaux
Vêtements imperméables

TROISIÈME ANNÉE. — N^o 14.

VICHY-CÉLESTINS

Dispepsies : Vin de Chassaing. — Aliment des enfants : Phosphatines Falières. — Constipation : Poudre laxative de Vichy.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUME.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Concours du Bureau central (médecine). — Sont admissibles : MM. Toupet, de Gones, Lenoir, Tissier, Jeannelme, Launois, Jacquet, Legry, Klippel, Souques, Enriquez, Dupré, Guinon, Wurtz, Brühl, Dubief, Capitain, Gallois, Hudelo, Barbier, Triboulet, G.-R. Lyon, Charrier, Vaquez, Soupault, Rénon, Dalché, de Saint-Germain, Courtois-Suffit, Thiroloix.

NOUVELLES

Société médico-chirurgicale. séance du lundi 25 mars 1895. — *Ordre du jour* : 1° M. Fourier, lavage de l'estomac au bismuth; 2° M. Puy Le Blanc, anthrax de la nuque; diabète concomitant; disparition complète du sucre après l'opération; M. Gautrelet, influence de la température sur l'état de divisibilité de la caséine du lait de vache; 4° M. Bovet, des albumines phosphorées genre légumine, dans les maladies de la nutrition, dyspepsie, diabète, obésité, etc.; 5° Election de deux membres titulaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 mars 1895.

Sur la gastropexie. — M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Duret (de Lille) relatif à la gastropexie, opération imaginée par M. Duret pour remédier à la chute de l'estomac, à la gastropexie.

Dans cette opération, comme dans toutes celles de même ordre, hystéropexie, néphropexie, etc., il y a deux points à considérer. 1° La fixation est-elle effective et se maintient-elle? 2° A-t-elle une efficacité réelle, directe ou indirecte, sur les symptômes locaux ou éloignés?

L'anatomie pathologique s'est chargée, après l'expérimentation, de résoudre la première question; en ce qui concerne le rein, en particulier, la persistance des nouveaux rapports de l'organe suspendu est incontestable.

Pour ce qui regarde le second point, au contraire, il est certain que les symptômes proches ou éloignés dépendant de la mobilité ou de la ptose d'un organe ne sont pas toujours supprimés par l'intervention, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe creux comme l'estomac ou l'intestin. D'autre part, la gastropexie est rarement indépendante; elle coïncide le plus souvent avec de l'entéropexie, avec de l'ectasie gastrique, etc. Dans ces cas, la gastropexie est évidemment insuffisante.

Cette opération est du reste susceptible de deux autres objections : la première, c'est qu'en fixant l'extrémité pylorique dans la région épigastrique, on doit forcer l'organe à se couder sur lui-même, la partie médiane n'étant pas ramenée au même niveau que les deux tubérosités; la seconde, c'est que la formation d'adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale peut ne pas être sans inconvénient.

Pour que la gastropexie présente des chances sérieuses de succès, il faut donc que l'organe soit simplement déplacé. En ce cas encore, il est permis de douter que cette opération devienne courante. C'est déjà quelque chose cependant qu'elle représente une dernière ressource dans toute une classe de dyspepsies contre lesquelles la thérapeutique médicale est impuissante.

Néphrolithotomie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein. — M. Le Dentu lit un rapport sur une communication de M. Duret (de Lille) et conclut ainsi :

Lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassin, la néphrotomie peut suffire, à condition que la pierre ne soit pas assez volumineuse pour avoir sérieusement porté atteinte à l'intégrité du tissu rénal, ce qui a lieu à peu près infailliblement lorsque les dimensions du corps étranger atteignent 5 à 6 centimètres dans le sens longitudinal ou dépassent cette limite. Du reste, les dimensions médiocres d'un calcul n'impliquent pas toujours l'intégrité relativement grande du tissu rénal; on rencontre parfois un rein réduit à une coque fibreuse enveloppant un calcul de 3 à 4 centimètres de long.

En outre, la facilité relative d'une extraction ne doit pas trop inviter à conserver quand même le rein. Dans le doute, il faut conseiller l'extirpation des reins ou portions de reins douteux au point de vue fonctionnel.

Si la pierre est non seulement volumineuse, mais ramifiée et compliquée d'une pyonéphrose ancienne, la néphrectomie d'emblée sera impossible. Il faut alors procéder à l'opération par temps successifs, comme l'a fait M. Duret. Ces différents temps sont l'incision large du bord convexe, le broiement *in situ* de la pierre, la néphrectomie terminale. Toutefois, si la nécessité de tout enlever, calcul et rein, s'impose de prime abord, la conduite à tenir doit être dictée : 1° par les dimensions du calcul et du rein formant tumeur; 2° par les rapports de ce dernier avec les parties voisines; 3° par l'état du parenchyme et du bassin.

Si l'y a suppuration, il est avantageux de vider et de désinfecter le foyer avant de passer outre. Si le rein peut être facilement séparé des parties environnantes, on gagne du temps en l'enlevant tout d'abord avec le

corps étranger qu'il contient. Si la substance rénale est adhérente au tissu adipeux, il faut s'occuper d'abord de l'extraction du calcul par le broiement et se comporter ensuite suivant les circonstances à l'égard du rein. La néphrectomie aussi complète que possible donnera toute satisfaction. La néphrotomie s'imposera parfois comme la seule intervention possible.

Nécrose phosphorée. — M. Péan confirme la manière de voir de M. Magitot, d'après ses recherches faites en collaboration avec MM. Michéris et Gautrelet.

Quant à l'intervention opératoire pour les maxillaires atteints de nécrose phosphorée, il pense aussi qu'il ne faut pas intervenir chirurgicalement, tant que les moyens médicaux, en particulier l'hygiène et les alcalins n'auront pas enrayé la marche de la maladie.

Toutefois, il faut savoir que chez certains malades l'affection peut se déclarer sur les maxillaires avant même que les dents soient cariées.

D'autre part, lorsque les malades ont des nécroses et des suppurations étendues, il faut se hâter de faire disparaître, le plus complètement possible, les portions du squelette envahies, pour éviter les conséquences de l'infection putride.

Pathogénie du coup de chaleur. — M. Cadet de Gassicourt lit sur ce sujet un travail de M. G. Colin (d'Alfort), dont voici le résumé :

La pathogénie du coup de chaleur comporte plusieurs problèmes importants, mais il faut tout d'abord résoudre les points suivants : comment la chaleur absorbée ou produite en excès par l'organisme peut-elle se dissiper? Que faut-il faire en vue de restreindre l'hyperthermie quand il est impossible de l'éviter?

Les facteurs qui jouent le rôle le plus important dans la lutte de l'organisme contre la chaleur étant l'augmentation de fréquence de la respiration et l'exagération de la transpiration, il en résulte qu'en pratique, il faudra, pour combattre l'hyperthermie, favoriser la transpiration sous sa forme insensible, donc supprimer les vêtements épais, lourds et serrés; effectuer une marche modérée, en maintenant la circulation active; éviter les causes de refroidissement brusque, telles que le séjour à l'ombre ou l'ingestion de boissons glacées. Car les expériences démontrent que ces divers genres de refroidissement produisent parfois des accidents de la plus haute gravité.

LISTE DE PRÉSENTATION POUR DEUX PLACES DE CORRESPONDANTS ÉTRANGERS. — 1^{re} ligne : M. Marinoni (de Naples); 2^e ligne : M. Julliard (de Genève); 3^e ligne : M. Es-march (de Kiel); 4^e ligne (ex æquo) : MM. Duranti (de Rome), Demosthène (de Bucarest), Zancarol (d'Alexandrie).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

16 mars 1895.

Deux cas d'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne) par poliomyélite chronique. — M. Déjerine, l'atrophie musculaire progressive par poliomyélite chronique étant une affection assez rare, rapporte les deux observations suivantes :

1^{er} Homme de soixante-cinq ans, ancien syphilitique, atteint d'atrophie musculaire progressive depuis l'âge de quarante-sept ans, observé en 1877 à la Charité, et retrouvé à Bicêtre en 1887. Il était atteint d'atrophie musculaire type Aran-Duchenne : aux membres supérieurs atrophie extrêmement marquée, avec impotence fonctionnelle presque totale; aux membres inférieurs atrophie très peu accusée, le malade pouvait faire d'assez longues courses à pied sans grande fatigue. Réflexes tendineux affaiblis aux membres supérieurs et conservés aux membres inférieurs. Intégrité des muscles de la face, avec conservation de la sensibilité générale et spéciale et intégrité des sphincters. Aucun symptôme de paralysie bulbaire. Altérations très marquées de la contractilité faradique et galvanique, sans inversion de la formule; disparition des contractions fibrillaires, qui avaient existé autrefois.

Le malade est suivi depuis janvier 1887 jusqu'en juin 1890, époque à laquelle il se suicida.

A l'autopsie, on constate dans la région cervicale une atrophie considérable des racines antérieures. L'examen de la moelle épinière, après durcissement et coloration par les procédés habituels, montra qu'on était en présence d'une poliomyélite chronique simple. Dans toute la hauteur de la région cervicale, les cellules des cornes antérieures avaient complètement disparu et les racines antérieures étaient très altérées. Au niveau du renflement lombaire les lésions cellulaires étaient beaucoup moins accusées. Les faisceaux blancs ne présentaient sur toute la hauteur de la moelle, aucune lésion appréciable par les méthodes de Weigert, de Pal ou par la coloration en masse au carmin suivant le procédé de Forel. Les vaisseaux, enfin, n'étaient pas plus épaissis qu'ils ne le sont ordinairement à cet âge de la vie, et les méninges ne présentaient pas d'altérations. Les lésions des nerfs musculaires étaient proportionnelles à celles des racines antérieures.

2^e Cas d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, ayant duré dix ans, chez un homme de trente-huit ans, qui, entré à Bicêtre en 1884, y mourut à la fin de 1888. Dans les antécédents aucune intoxication ou infection antérieure; l'affection débute à l'âge de vingt-

huit ans par de la faiblesse du bras gauche, suivie d'atrophie des muscles de la main correspondante. Deux ans après, la main droite se prenait à son tour. En janvier 1887, il présentait les symptômes suivants : atrophie musculaire type Aran-Duchenne extrêmement accusée avec impotence fonctionnelle complète des membres supérieurs; atrophie marquée des membres inférieurs rendant la marche difficile; intégrité des muscles de la face de la langue, du pharynx et du larynx; contractions fibrillaires; abolition des réflexes tendineux; altérations extrêmement accusées de la contractilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence; sensibilité générale et spéciale intactes, sphincters normaux.

L'atrophie musculaire continuait à progresser, le patient fut obligé de garder le lit au commencement de 1888. Vers le milieu de l'année, l'atrophie musculaire et l'impotence fonctionnelle étaient arrivées à un degré tel, que le malade ne pouvait exécuter aucune espèce de mouvement des membres ni du tronc; la face seule avait gardé son fonctionnement normal et, jusqu'aux derniers jours de la vie du sujet, on ne constata jamais l'existence de symptômes de paralysie bulbaire.

A l'autopsie : atrophie excessive des racines antérieures dans toute la hauteur de la moelle et diminution notable du volume des cornes correspondantes, surtout à la région cervicale; à ce niveau, il existait une dilatation marquée du canal central.

La moelle examinée après avoir été durcie pendant huit mois dans le liquide de Müller, et les coupes traitées par les méthodes de Weigert, de Pal, le procédé de Forel au carmin, l'hématoxyline, montra les particularités suivantes : sur toute la hauteur de la moelle, les cellules des cornes antérieures ont disparu et c'est à peine si sur quelques coupes on en rencontre quelques vestiges sous forme de corps arrondis et pigmentés; pas d'altération des vaisseaux. Par les méthodes de Weigert ou de Pal, on ne peut déceler l'existence d'une altération quelconque des cordons blancs. Par la coloration en masse au carmin, on ne constate pas davantage d'altérations de ce côté; sur quelques coupes, cependant, de la région cervicale moyenne, on note dans la partie fondamentale du cordon latéral droit une coloration un peu plus accusée que du côté opposé. A ce niveau, il semble exister un degré extrêmement léger de sclérose, apparence qui ne se rencontre que sur quelques coupes et qui, je le répète, est si peu prononcée que l'on peut se demander s'il s'agit véritablement ici de sclérose au sens propre du mot, et cela d'autant plus que l'on peut rencontrer des états analogues dans des moelles saines.

Ces deux cas diffèrent de ceux qui ont été publiés par Dreschfeld, Oppenheim, Nonne, Dutil et Charcot, par l'état des faisceaux blancs qui, dans les faits rapportés par ces auteurs, présentaient des altérations légères dans le domaine des cordons antéro-latéraux, sans participation toutefois du faisceau pyramidal direct ou croisé à la lésion.

Dans le premier cas, les faisceaux blancs étaient absolument sains, et ils ne présentaient dans le second que des altérations douteuses et très limitées. Il se pourrait que, chez ces malades, cet état de la substance blanche dépendît de la durée de l'affection (dix-huit et dix ans), durée qui a été beaucoup plus longue que dans les observations des auteurs précédents, où elle a oscillé entre trois et cinq ans. Il est possible, en effet, que dans les cas de poliomyélite à marche très lente les fibres commissurales courtes et longues de la moelle épinière décrites par M. Bouchard en 1866 et que nous savons aujourd'hui provenir des cellules des cordons de von Lenhössék et de Ramon y Cajal, ces fibres, dégénérant très lentement, disparaissent sans déterminer autour d'elles d'irritation névrogénique.

Ces deux cas réalisent d'une manière très nette le type de la poliomyélite chronique simple, systématique, telle qu'elle a été comprise par Charcot et Vulpian, affection dont l'étiologie est du reste encore aujourd'hui tout aussi indéterminée que celle de la sclérose latérale amyotrophique. Bien que, ainsi que l'a montré M. Raymond, la syphilis puisse être une cause d'atrophie musculaire, cette étiologie ne peut être invoquée pour le premier malade, car il n'existait chez lui aucune des lésions de méningo-myélite constatées par M. Raymond.

Imprégnation des cellules nerveuses et coloration de la moelle. — M. Berdal emploie pour imprégner rapidement les cellules du cerveau et du cervelet une solution saturée de bichromate de potasse contenant 25 grammes de sulfate de cuivre par litre, maintenue à l'équilibre à une température de 35 à 38 degrés. L'imprégnation se produit également à froid, mais avec une grande lenteur.

Pour colorer les cellules et les cylindres, il fait agir sur les coupes une solution alcoolique d'hématoxyline, ou de campêche; le carmin donne aussi de bons résultats. Pour colorer les gaines, il faut, avant de traiter la coupe par une solution d'hématoxyline, la passer rapidement dans l'alcool, l'huile d'aniline, puis de nouveau dans l'alcool.

Désinfection à l'aide d'un mélange d'acide carbonique et d'acide sulfureux. — MM. d'Arsonval et Charrin ont fait une série d'expériences avec un mélange gazeux très diffusif composé de 4 pour 100 d'acide carbonique et de 96 pour 100 d'acide sulfureux, qu'ils ont appelé Pictet, posséderait des propriétés désinfectantes tout à fait remarquables. C'est ainsi qu'il tue au

font d'une heure les cultures les plus résistantes, malgré l'inclusion de ces dernières dans des corps mauvais conducteurs (coton, plusieurs couches de papiers, chiffons, etc.). Le mélange a encore ceci de particulier qu'il ne détériore pas les objets sur lesquels il agit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

20 mars 1893.

De la conduite à tenir dans les contusions de l'abdomen. — M. Michaux. Après avoir rappelé les travaux, peu nombreux d'ailleurs, publiés ces dernières années sur l'utilité de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen, l'auteur rapporte onze observations personnelles qu'il a recueillies de 1891 à 1893 et qui démontrent la nécessité de l'intervention précoce. 1^{er} cas : Un charretier, en descendant un tonneau dans une cave, se trouve brusquement pris entre le tonneau et la paroi de l'escalier et reçoit un choc violent au niveau de l'abdomen. Apporté à l'hôpital, il reste deux jours dans un état assez bon; le troisième jour, l'état s'aggrave. La laparotomie montre l'existence d'une péritonite produite par une perforation intestinale. Mort. — 2^e cas : Un homme reçoit un coup violent dans l'abdomen. Laparotomie immédiate qui fait découvrir un épanchement de 1 litre 1/2 de sang et une perforation siégeant à l'union du colon transverse et du colon ascendant. Guérison. — 3^e cas : Un homme fait une chute de la hauteur du 2^e étage. Laparotomie à la fin du second jour; on trouve un épanchement de 200 à 300 grammes de sang. Guérison. — 4^e cas : Un charretier tombe de voiture et la roue de son char lui passe sur la base du thorax et sur l'abdomen. Durant quinze jours, phénomènes pulmonaires intenses qui masquent en partie les phénomènes péritonéaux; ceux-ci se développent ensuite et commandent une intervention. Laparotomie qui permet d'évacuer un vaste épanchement de bile dont la cause n'est d'ailleurs pas reconnue. Guérison. — 5^e cas : Un homme de trente ans est tamponné entre deux wagons. Laparotomie douze heures après l'accident: épanchement de 2 litres de sang et large déchirure du mésentère qui est suturé. Guérison. — 6^e cas : Homme de trente-neuf ans, fait une chute et tombe sur l'angle d'une table de marbre. Quatre heures après l'accident, laparotomie qui fait constater un épanchement sanguin de 200 grammes environ sous le lobe gauche du foie et une déchirure de cet organe. Tamponnement et guérison. — 7^e cas : Un homme présente une forte contusion thoraco-abdominale produite par le passage d'une roue de voiture. Intervention le troisième jour: épanchement sanguin. Guérison. — 8^e cas : Un palefrenier reçoit un violent coup de pied de cheval dans l'abdomen. Laparotomie qui reste exploratrice et ne permet de constater aucune lésion. Guérison. — 9^e cas : Un charretier tombe sous sa voiture dont la roue lui passe sur le corps. En présence du bon état du malade, la laparotomie est différée jusqu'à la vingt-troisième heure. Sur la partie terminale de l'ileon, on trouve une anse, de couleur verte, complètement détachée du mésentère. Résection et anus contre nature. Mort au bout de deux jours. — 10^e cas : Fracture des os du bassin et double déchirure extrapéritonéale de la vessie. Résection du fragment pubien et suture de deux perforations de la vessie. Guérison. — 11^e cas : Un homme est tamponné entre deux wagons. Laparotomie qui permet de constater une petite déchirure du mésentère et une hémorrhagie consécutive.

Rapprochant ses observations des faits, au nombre de sept, rapportés en octobre 1894, par Gross, de Nancy, M. Michaux conclut que dans le plus de la moitié de ces cas les lésions étaient très graves et capables d'entraîner la mort. Aussi conclut-il à la laparotomie précoce, dès qu'il existe le moindre signe clinique d'irritation péritonéale. Malheureusement, les symptômes sont peu nets et nullement en rapport avec l'étendue des lésions, ainsi que le montre le neuvième cas, par exemple. De plus, l'intensité du traumatisme n'est pas non plus en rapport direct avec la gravité des lésions. Le diagnostic précis devient ainsi fort difficile. On peut simplement dire, en thèse générale, que les malades, atteints de contusion violente de l'abdomen, passent par deux périodes: une première, de choc; une seconde réactionnelle, caractérisée par des troubles variés qui dicteront la conduite à suivre. Quand au manuel opératoire, il est des plus simples et consiste dans l'ouverture du ventre et l'examen attentif de tous les organes: l'éviscération n'est pas nécessaire en principe.

Diagnostic de la rétroversion par la constatation au toucher de la crête postérieure de l'utérus. — M. Le Dentu recommande pour faire le diagnostic de la rétroversion dans les cas difficiles, de chercher la crête postérieure de l'utérus. Il suffit de porter le doigt au fond du cul de sac postérieur pour sentir, s'il y a rétroversion, une arête plus ou moins vive que l'on peut suivre sur une étendue de quelques centimètres. Cette arête est surtout accentuée dans la rétroflexion.

Depuis 1892, ce signe aurait permis à M. Le Dentu et à M. Piehevin de faire rapidement le diagnostic de rétroversion dans des cas difficiles.

Récemment Zänger a décrit une crête antérieure qu'il regarde comme caractéristique de la rétroversion congénitale.

Enfin M. Le Dentu étudie également la signification d'une crête antérieure qu'il a constatée dans l'antéflexion.

Luxation ancienne de l'épaule. Résection. Guérison. — M. Delorme présente un malade auquel il a dû pratiquer l'excision de la tête humérale pour une luxation scapulo-humérale sous-épineuse compliquée de fracture du col. L'intervention a été faite le vingt-sixième jour après l'échec des manœuvres de réduction qui avaient simplement transformé la luxation de sous-épineuse en sous-acromiale, mais n'avaient pas permis de réintégrer la tête à sa place. Le résultat est excellent.

Tumeur cérébrale. Trépanation. Guérison. — M. Schwartz présente une tumeur cérébrale de 5 centimètres de long sur 2 de large qui a été enlevée après avoir

trépané suivant la méthode de Horsley, c'est-à-dire en deux temps. La tumeur était située à 1 centimètre au-dessous de la surface externe du cerveau; à son niveau il n'y avait pas de battements. Le malade qui en était porteur présentait des accidents depuis cinq ans: attaques épileptiformes, hémiplegie, etc. Actuellement l'intervention remonte seulement à huit jours et on constate déjà une amélioration sensible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 mars 1893.

M. Comby présente, au nom de M. Bazy, un travail intitulé: « Des cystites par infection descendante » et relatant une série d'observations de cystite consécutives à la production de foyers infectieux plus ou moins éloignés, tels que des foyers bronchitiques par exemple, chez divers malades précédemment indemnes de toute affection des voies urinaires.

Cystites causées par l'emploi des alcalis à hautes doses. — M. Mathieu, après avoir rappelé l'emploi du bicarbonate de soude à dose élevée préconisé par M. Debove dans le traitement de l'ulcère rond, déclare avoir obtenu chez les malades atteints d'hyperchlorhydrie ou d'ulcère rond, pendant les crises aiguës, des résultats satisfaisants, au moyen du régime lacté et de l'administration par demi-cuillerée à café, d'un mélange de 5 grammes de magnésie calcinée et de 20 grammes de bicarbonate de soude, dissous dans une soixantaine de grammes d'eau chaude, à prendre plusieurs fois par jour, pendant les périodes douloureuses. Il n'a noté généralement aucun phénomène fâcheux à la suite de ce traitement; toutefois, chez trois de ces malades il a constaté de légers indices de cystite du col, tels qu'un peu de douleur à la miction, et il a appris qu'à Vichy, on observe assez souvent des poussées de cystite chez les malades qui font usage de la source de l'Hôpital.

Plus récemment, un malade chez lequel il avait diagnostiqué une hyperchlorhydrie avec ulcère rond, sans pouvoir contrôler ce diagnostic au moyen de la sonde, en raison d'une hématurie assez sérieuse, il a constaté, après l'emploi des alcalis à haute dose qui améliorèrent les symptômes gastriques, l'apparition de douleurs à la miction et d'hématurie; cet accident une fois enrayé, le traitement, repris avec un mélange de 4 grammes de magnésie et de 6 grammes de craie préparée, ramena l'hématurie. Ces accidents urinaires ne sont donc pas imputables au bicarbonate de soude en particulier, mais bien à l'alcalinité même du remède employé.

M. Du Cazal déclare qu'en soignant des rhumatisants au moyen du traitement alcalin, suivant la méthode anglaise, il a observé parfois la production d'hématuries peu redoutables, mais jamais de cystites.

M. Hayem, qui a traité plusieurs centaines de malades au moyen du bicarbonate de soude, administré jusqu'à la dose de 30 grammes par jour, dit n'avoir jamais noté d'hématurie ni de cystite, mais seulement une sensation d'ardeur s'étendant du col vésical au méat et signalée exclusivement par quelques malades âgés ayant été atteints précédemment d'affections irritatives de l'urètre et peut-être aussi de lésions prostatiques. Il ajoute qu'il a constaté plusieurs fois chez ses malades la persistance ou l'augmentation de l'hyperchlorhydrie, après une cure de Vichy suivie pourtant d'un soulagement plus ou moins appréciable des symptômes douloureux, il a substitué au traitement par les alcalis à haute dose, la médication sédative par le bismuth, sous forme de masse, constituant une sorte de pansement gastrique, suivant le procédé de Kussmaul; cette médication, sans amener davantage la guérison absolue de la gastrite parenchymateuse, lui paraît produire une amélioration plus rapide et plus durable de la douleur et de l'hyperchlorhydrie, et permet d'essayer plus tôt la reprise d'une alimentation suffisamment reconstituante.

M. Mathieu fait remarquer que le malade, dont il a signalé l'hématurie, à la suite de la médication alcaline à haute dose, n'avait pas eu précédemment d'affection des voies urinaires, mais que, depuis l'enfance, il avait toujours uriné avec une certaine difficulté; ses autres malades n'avaient présenté aucune particularité de ce genre; mais il est connu que la plupart des urologistes redoutent, pour leurs malades, l'emploi des alcalins.

M. Hayem déclare qu'il faut examiner, chez chaque malade, l'acidité urinaire, avant de régler la dose des alcalins à lui prescrire, car l'acidité urinaire n'est nullement en rapport avec l'acidité des sécrétions gastriques, d'après ses analyses personnelles, et chez les malades dont l'urine est faiblement acide, l'alcalinisation occasionne facilement des infections et phlegmasies.

M. Catrin signale les résultats satisfaisants qu'il a obtenus, sans avoir à noter d'inconvénients, en employant chez ses malades les alcalins à hautes doses, mais il fait remarquer qu'il a eu généralement à soigner des hommes jeunes et exempts d'antécédents pathologiques concernant les voies urinaires.

Des déformations pseudo-éléphantiasiques dans les affections névropathiques. — M. Mathieu présente les photographies d'une malade qui, depuis plus de deux ans, est atteinte de douleurs fulgurantes, de troubles des sphincters, du phénomène d'Argyll-Robertson, d'arthropathie caractéristique du membre inférieur gauche, imposant le diagnostic de tabes, et qui présente, en outre, à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, une tumeur pseudolipomatueuse; une autre tumeur, du même genre, s'observe nettement au-dessus de la rotule; enfin, le membre gauche, dans toute son étendue, présente une augmentation de volume ainsi qu'un épaississement pseudo-éléphantiasique de la peau. — L'existence du pseudolipome et du pseudo-éléphantiasis, dans ce cas de diabète, constitue un nouvel argument en faveur de l'opinion qui fait de ces altérations des lésions de même ordre, à rapprocher des œdèmes névropathiques.

M. Rendu rappelle que Gubler, Landouzy et d'autres auteurs ont signalé, depuis longtemps, la substitution du tissu adipeux au tissu musculaire, au cours de

diverses affections intéressant le système nerveux central ou périphérique, et il cite, à ce propos, des exemples observés par lui dans des cas de sciatique.

M. Thibierge déclare avoir constaté également cette relation du pseudolipome avec la sciatique et le purpura. Il ajoute, à cette occasion, qu'à l'autopsie d'un malade dont il a cité précédemment l'observation et qui a succombé à un cancer de l'encéphale, on n'a constaté aucune altération du système vasculaire dans le membre supérieur gauche qui était atteint de pseudo-éléphantiasis; l'infiltration adipeuse observée dans ce cas reconnaissait donc pour origine un œdème résultant des altérations du système nerveux.

Des pleurésies séro-fibrineuses. — M. Lemoine, après avoir rappelé la récente communication de M. Fernet sur ce sujet, résume ses observations personnelles, concernant 32 cas de pleurésie séro-fibrineuse, dont l'exsudat liquide a pu être recueilli dès le second ou le troisième jour à partir de l'entrée des malades dans son service.

Pour 28 de ces malades, l'étude bactériologique n'a fourni que des résultats négatifs; pour les 4 autres, l'épreuve bactériologique a fourni des cultures pures de staphylocoques blancs.

Néanmoins, sur les 28 malades, au sujet desquelles les recherches bactériologiques sont restées muettes, 15 sortent de l'hôpital avec des signes physiques de tuberculose localisée au sommet, 1 succomba à la tuberculose, 7 quittèrent l'hôpital, avec des signes suspects de tuberculose au début, et 5 seulement partirent complètement guéries, au moins en apparence.

Pour les quatre cas de pleurésie, dans lesquels la bactériologie révéla la présence du staphylocoque blanc, on doit noter que la cause occasionnelle paraît avoir été un refroidissement brusque.

Pour les 15 cas de pleurésie dans lesquels la bactériologie n'a fourni que des renseignements négatifs et dans lesquels ont paru ultérieurement, en l'espace de un à deux mois, des signes physiques de tuberculose, il ressort des observations que l'ensemble des symptômes a présenté toujours une allure subaiguë et que l'épanchement, généralement abondant, a nécessité des ponctions répétées; la pleurésie tuberculeuse paraît donc pouvoir s'accompagner d'épanchements considérables, sans l'intervention d'infections secondaires.

Il est à noter aussi, qu'un des malades précités, qui présentait un aspect vigoureux et dont le liquide, inoculé au cobaye, ne produisit chez ce dernier (qu'on sacrifia au bout de quatre mois) aucune lésion, fut précisément le malade qui succomba dans le service et dont l'autopsie démontra l'infection tuberculeuse.

La présence du bacille de Koch ayant été signalée maintes fois dans les caillots du liquide pleurétique, M. Lemoine pense qu'aujourd'hui, il y aurait lieu d'étudier bactériologiquement, non pas le liquide épanché, mais les caillots formés par l'exsudat pleural.

De l'élévation de température produite par les injections sous-cutanées du sérum artificiel. —

M. Debove déclare avoir expérimenté, sans en obtenir de résultats satisfaisants, les injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui avaient été préconisées dans le but d'effectuer une sorte de lavage de l'organisme. Mais il a constaté, dans ces essais, des élévations de température variant de un et demi à trois degrés au-dessus de la normale et présentant leur maximum environ 6 à 10 heures après l'injection. Ces résultats lui ont paru devoir être rapprochés des hyperthermies signalées par M. Variot et M. Hutinel à la suite des injections de sérum antidiphthérique. Les injections de sérum artificiel, constituées suivant la formule de M. Hayem, ont été effectuées généralement à la dose de 300 grammes, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires et n'ont jamais été suivies d'éruptions ni d'aucun trouble réactionnel imputable à une infection, et l'on a eu soin d'expérimenter la méthode sur des malades atteints d'affections à allures apyrétiques. — L'hyperthermie précitée ne s'observa plus après un certain nombre d'injections, qui amenèrent assez vite l'accoutumance. En substituant au sérum artificiel, dont l'injection n'est pas douloureuse, de l'eau pure, on a constaté chaque fois la production de la douleur et l'absence d'hyperthermie.

M. Catrin dit avoir injecté 12 centimètres cubes de sérum artificiel à un ancien impaludé, tout à fait cachectisé et déjà en état d'hypothermie, et avoir provoqué ainsi au bout de deux heures une réaction hyperthermique qui cessa seulement le lendemain, mais qui n'avait été précédée d'aucune douleur au moment de l'injection.

M. Hayem déclare qu'au cours de nombreuses injections de sérum artificiel effectuées, en plein vaisseau, jusqu'à la dose de 6 litres, en 24 heures, chez les malades atteints par le choléra, pendant l'année 1884, il n'a jamais noté consécutivement ni frissons, ni sueur, ni aucune réaction fébrile imputable à ces injections, bien qu'à cette époque, on ne fût pas encore outillé de façon à observer toutes les précautions antiseptiques qui seraient exigées actuellement.

Paralysie alcoolique limitée à un membre atrophié par suite d'une lésion antérieure. —

M. du Cazal présente un malade atteint jadis de paralysie infantile d'où résultait une atrophie manifeste, limitée au membre inférieur gauche. L'an dernier, ce militaire, en garnison à Granville, perdit connaissance dans un wagon, en voyageant par une nuit très froide, et le matin on l'apporta à l'hôpital, en état de carus, exhalant une forte odeur d'alcool. Le lendemain, les troubles cérébraux étaient dissipés, mais il existait une paralysie alcoolique, uniquement localisée au membre atrophié. L'intoxication avait donc impressionné les éléments nerveux précédemment affectés de débilité, à l'exclusion des éléments normaux. Il semble résulter de là que la paralysie alcoolique est d'origine centrale et non périphérique; le malade n'a présenté, d'ailleurs, aucun symptôme névritique.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté Succédané de l'Huile de Foie de Morue MALADIES de POITRINE

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LE RÉGIME LACTÉ modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT sucré à volonté, 1 VERRE.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les Anthrax, Cancres, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

STATION CLIMATERIQUE DE VERNET-LES-BAINS

(PYRÉNÉES-ORIENTALES)

SANATORIUM DU CANIGOU

Pour les maladies de poitrine

Dirigé par le D^r CH. SABOURIN

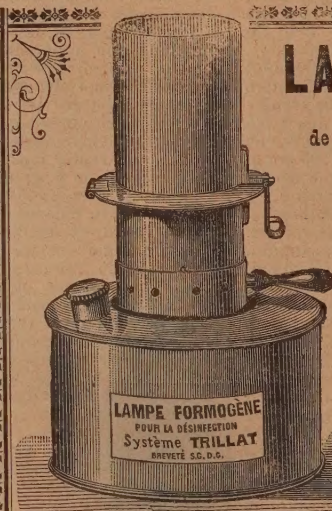
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sédatif des CELLULES NERVEUSES
par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'OR
Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES ET DU DIABÈTE**
DOSES : 10 à 50 gouttes par jour en 2 fois progressivement.
PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSE

CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORME CRÉOSOTÉ / PARIS 43, R. SAINTONGE



LAMPE FORMOGÈNE

à dégagement de Vapeurs d'Aldéhyde formique (FORMOL)

POUR LA DÉSINFECTION

complète, simple, rapide et économique
DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.

Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.

La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériore aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.

VENTE EN GROS : SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES
9 et 11, Rue de la Perle, Paris
qui enverra une Notice explicative sur demande.

ARCACHON

ENFANTS DÉBILES
CONVALESCENCES
SCROFULES
ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE

Située dans les Pins, à proximité de la Plage

Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage

SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales

S'adresser à la Directrice : M^{me} HENRY DUBOIS

TROUSSE de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par ADRIAN et C^{ie}, Paris
DONNANT SEULE DROIT AU

Diagnostic GRATUIT de la DIPHTÉRIE

Cette TROUSSE, UNIQUEMENT DESTINÉE AUX MÉDECINS, renferme deux tubes de Sérum gélatinisé, un tube verre stérilisé, une spatule à ensemencement, une instruction sur la manière de s'en servir ainsi qu'un avis de retour et une adresse imprimée pour le renvoi de la boîte "Au Laboratoire de la Presse Médicale", 3, Rue Racine, Paris, qui, GRATUITEMENT, dans les 24 heures, fera le diagnostic et leur en adressera les résultats.

Le prix de la Trousse, au public, est de 3 fr. — On la trouve dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

Pour la garantie de fabrication du Sérum, pour la certitude et la rapidité du diagnostic EXIGER la Trousse de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par ADRIAN et C^{ie}.